АРБИТРАЖНЫЙ СУД СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ОКРУГА

ул. Якубовича, д. 4, Санкт-Петербург, 190000
http://fasszo.arbitr.ru

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

Санкт-Петербург

10 сентября 2026 года Дело № А56-47406/2025

Арбитражный суд Северо-Западного округа в составе председательствующего Кустова А.А., судей Михайловской Е.А., Серовой В.К.,

при участии от общества с ограниченной ответственностью «АВА-Петер» Николаева А.Н. (доверенность от 01.01.2026 № Е-44), от государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга» Рубникович О.В. (доверенность от 01.07.2026 № 1/8), от Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ленинградской области Рябовой Л.В. (доверенность от 29.12.2025 № 01-09/9492),

рассмотрев 10.09.2026 в открытом судебном заседании кассационную жалобу государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга» на решение Арбитражного суда города Санкт-Петербурга и Ленинградской области от 31.01.2026 и постановление Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 09.04.2026 по делу № А56-47406/2025,

у с т а н о в и л:

Общество с ограниченной ответственностью «АВА-Петер», адрес: 191014, Санкт-Петербург, Литейный проспект, дом 55, литера А, помещение 3-Н, комната 31, этаж 1, ОГРН 1027809228072, ИНН 7825052242 (далее – Общество), обратилось в Арбитражный суд города Санкт-Петербурга и Ленинградской области с иском к государственному учреждению «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга», адрес: 196006, Санкт-Петербург, улица Коли Томчака, дом 9, литера А, ОГРН 1037843033360, ИНН 7808024083 (далее – Фонд), о взыскании 2 198 325 руб. задолженности по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС) от 10.01.2022 № 780224/2022 (далее – Договор).

К участию в деле в качестве третьего лица, не заявляющего самостоятельных требований относительно предмета спора, привлечен Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ленинградской области, адрес: 188643, Ленинградская область, город

Всеволожск, Колтушское шоссе, дом 20, кабинет 526, ОГРН 1034700558265, ИНН 7815000132 (далее – ТФОМС ЛО).

Решением от 31.01.2026, оставленным без изменения постановлением от 09.04.2026, иск удовлетворен в заявленном размере.

В кассационной жалобе Фонд, ссылаясь на нарушение судами норм материального и процессуального права, несоответствие их выводов фактическим обстоятельствам дела и имеющимся доказательствам, просит отменить решение от 31.01.2026 и постановление от 09.04.2026 и принять новый судебный акт – об отказе в иске.

Как указывает податель жалобы, Фонд отказал Обществу в выплате предъявленных ко взысканию денежных средств на основании заключения медико-экономической экспертизы, поэтому Общество в силу части 5 статьи 42 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон № 326-ФЗ) было обязано обжаловать названное заключение; взыскание спорных денежных средств в отсутствие сведений о признании соответствующего заключения медико-экономической экспертизы в судебном порядке незаконным является невозможным; позиция судов о том, что настоящая категория споров не предусматривает обязательное признание результатов контроля недействительными перед реализацией права на защиту через присуждение к исполнению обязанности в натуре, является необоснованной; вывод судов первой и апелляционной инстанций о том, что пункт 147 Правил ОМС, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила ОМС), содержит закрытый перечень сведений, подлежащих включению в реестр счетов, является неверным, так как сделан без учета подзаконных нормативных правовых актов, принятых во исполнение Закона № 326-ФЗ; при проведении спорной медико-экономической экспертизы было выявлено отсутствие в медицинской документации направлений на каждый из случаев оказания специализированной медицинской помощи по профилю «онкология» с применением лекарственной противоопухолевой терапии в плановой форме, поэтому Фонд обоснованно на основании пункта 2.16.3 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи; далее – Перечень) (приложение 1 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н; далее – Порядок № 231н) применил к Обществу финансовую санкцию в виде 100 % неоплаты тарифа.

Также Фонд в жалобе указывает, что, вопреки позиции судов, направление на оказание медицинской помощи применительно к плановому онкологическому лечению в силу Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, изложенных в письме Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.02.2022 № 11-

7/И/2-1631, пункта 8.7.1 Порядка применения тарифов, подушевых нормативов финансирования на оплату медицинской помощи, установленного в приложении № 1 к Генеральному тарифному соглашению на 2022 год в Санкт-Петербурге, раздела IV Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505, должно выдаваться в отношении каждого из циклов противоопухолевой терапии, который является самостоятельным страховым случаем.

В отзыве на кассационную жалобу Общество просит оставить обжалуемые судебные акты без изменения, считая их законными и обоснованными.

В судебном заседании представитель Фонда поддержал доводы, приведенные в кассационной жалобе, а представитель Общества против ее удовлетворения возражал.

Представитель ТФОМС ЛО выразил позицию по кассационной жалобе.

Законность обжалуемых судебных актов проверена в кассационном порядке.

Как следует из материалов дела, между Обществом (организация), Фондом, а также рядом страховых организаций заключен Договор, по условиям которого Общество обязалось среди прочего с даты вступления в силу Договора и до 31.12.2022 (включительно) оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках базовой программы ОМС, в случае если медицинская помощь оказывается за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис ОМС (далее – медицинская помощь по базовой программе), а Фонд обязуется оплатить указанную медицинскую помощь в соответствии с Договором (пункт 1.2 Договора).

Пунктом 8.2 Договора установлена обязанность организации обеспечить оказание медицинской помощи по базовой программе в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями к ее оказанию в рамках работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности организации.

На основании пункта 8.9 Договора организация обязалась представлять в Фонд медицинскую документацию, учетно-отчетную документацию, результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи, иную документацию, необходимую для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в срок, определенный порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

В силу пункта 8.14 Договора организация обязана уплатить штраф в Фонд за неоказание, несвоевременное оказание медицинской помощи или оказание медицинской помощи по базовой программе ненадлежащего качества, сумма которого определяется в соответствии с порядком оплаты

медицинской помощи по ОМС, установленным правилами ОМС, в размерах, установленных в тарифном соглашении в соответствии со статьей 41 Закона № 326-ФЗ.

Из пункта 7.1 Договора следует, что Фонд обязался оплачивать по базовой программе медицинскую помощь, оказанную организацией застрахованному лицу в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями к ее оказанию, по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с частью 2 статьи 30 Закона № 326-ФЗ, на основании представленных организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным Правилами ОМС, путем перечисления денежных средств на расчетный счет организации.

Медицинская помощь в рамках Договора оказывается организацией в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти дли исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (пункт 12 Договора).

Пунктом 14 Договора определено, что оплата медицинской помощи, оказанной организацией застрахованному лицу по Договору, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС.

Тарифы на оплату медицинских услуг, оказанных Обществом, были установлены в приложениях № 6, 7,15 21 к Генеральному тарифному соглашению на 2022 год, утвержденному Комиссией по разработке территориальной программы ОМС Санкт-Петербурга 30.12.2021 (далее – Тарифное соглашение на 2022 год).

Во исполнение условий Договора Общество в августе 2022 года оказало гражданам, имеющим полисы ОМС, выданные на территории Ленинградской области, в условиях дневного стационара и стационара медицинскую помощь по профилю «онкология» и направило в Фонд счет на оплату от 02.09.2022 № 13/4797, а также реестр к названному счету на сумму 2 858 366 руб.

По результатам внеплановой медико-экономической экспертизы, проведенной Фондом совместно с представителями ТФОМС ЛО, Фонд направил Обществу заключение медико-экономической экспертизы от 10.12.2022 № 5/1/392 (далее – Заключение), согласно которому заявителю

отказано в оплате медицинской помощи, оказанной в августе 2022 года застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в полном объеме.

Основанием для отказа явилось нарушение пункта 2.16.3 Перечня: «Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе: некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации».

По четырем случаям оказания медицинской помощи на общую сумму 2 198 325 руб. в качестве основания для отказа по коду дефекта/нарушения 2.16.3 Порядка № 231н в Заключении указано: «в медицинской документации имеется копия направления на госпитализацию».

Не согласившись с выводами, изложенными в Заключении, Общество направило в адрес Фонда протокол разногласий от 12.12.2022 № Е-1265 к Заключению (далее – протокол разногласий), в котором выразило несогласие относительно отказа в выплате 2 198 325 руб. на основании пункта 2.16.3 Перечня в связи с наличием в медицинской документации копии направления на госпитализацию.

В ответ на протокол разногласий Фонд направил в адрес Общества мотивированную позицию от 23.12.2022 № 7973 об обоснованности применения к последнему санкций по коду дефекта 2.16.3 Порядка № 231н.

В рамках досудебного урегулирования спора Обществом в адрес Фонда направлена претензия о нарушении договорных обязательств от 06.05.2025 № Е389, оставление которой без удовлетворения послужило основанием для обращения с настоящим иском в арбитражный суд.

Суды первой и апелляционной инстанций признали иск обоснованным по праву и размеру.

Проверив материалы дела, изучив доводы жалобы, кассационная инстанция приходит к следующему.

Согласно статье 3 Закона № 326-ФЗ ОМС – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных названным Федеральным законом случаях в пределах базовой программы ОМС.

В соответствии со статьей 9 Закона № 326-ФЗ субъектами ОМС являются застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд, участники ОМС – территориальные фонды, страховые медицинские организации и медицинские организации.

В силу части 9 статьи 14, статьи 37 Закона № 326-ФЗ права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи по ОМС, равно как и деятельность страховых медицинских организаций в сфере ОМС, реализуются на основании договоров о финансовом обеспечении ОМС, а также договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

В соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 16 Закона № 326-ФЗ застрахованные лица имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой ОМС.

Согласно пункту 2 части 2 статьи 39 Закона № 326-ФЗ по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках базовой программы ОМС в случае, если медицинская помощь оказывается за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис ОМС.

Согласно пункту 1 части 1 статьи 20 Закона № 326-ФЗ медицинская организация имеет право получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС и в иных случаях, предусмотренных названным Законом.

В соответствии с частью 11 статьи 40 Закона № 326-ФЗ территориальный фонд в порядке, установленном Федеральным фондом, вправе осуществлять контроль за деятельностью страховых медицинских организаций путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводить медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно, а также контроль за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями; территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи в случае, если медицинская помощь оказана застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС.

В силу части 1 статьи 40 Закона № 326-ФЗ контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены программами ОМС, договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, проводится в соответствии с Порядком № 231н, устанавливающим среди прочего формы его проведения, его продолжительность, периодичность.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи (часть 2 статьи 40 Закона № 326-ФЗ).

Медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов медицинской

помощи, предъявленных к оплате, записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации (часть 4 статьи 40 Закона № 326-ФЗ).

В силу части 1 статьи 41 Закона № 326-ФЗ сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию, Федеральный фонд в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

В соответствии с частью 2 статьи 41 Закона № 326-ФЗ взаимные обязательства медицинских организаций, страховых медицинских организаций и Федерального фонда, следствием которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, предусматриваются заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС и порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, включающим в себя методику исчисления размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, указанных штрафов и установленным правилами обязательного медицинского страхования.

Из фактических обстоятельств настоящего спора следует, что Фонд отказал Обществу в выплате 2 198 325 руб. стоимости медицинской помощи, оказанной Обществом иногородним гражданам по профилю «онкология» на основании 2.16.3 Перечня, так как в представленной Обществом медицинской документации содержалась только копия направления на госпитализацию.

Из материалов дела видно, что Общество оказывало гражданам медицинскую помощь по профилю «онкология» с учетом первоначально выданного им направления на оказание специализированной медицинской помощи, поэтому в соответствующей медицинской документации, представленной в Фонд, в отношении каждого из циклов химиотерапии, входящих в один курс химиотерапии (за исключением первого), представлены копии первоначально выданного застрахованному лицу направления.

По мнению Фонда, Общество должно было оказывать медицинскую помощь при наличии отдельного направления для каждого из циклов химиотерапии, то есть для каждого из фактов госпитализации.

В соответствии с пунктом 17 Порядка № 231н (в редакции, действовавшей на момент проведения спорной медико-экономической экспертизы) при проведении медико-экономической экспертизы оцениваются: соблюдение сроков ожидания медицинской помощи, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов, в том числе в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (подпункт 1); соответствие сведений об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, приведенных в реестре счета, записям первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации (подпункт 2); соответствие оказанной застрахованному лицу медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям в части своевременности назначения и проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий (в том числе для онкологических заболеваний – своевременность проведения консилиума врачей после первичного установления онкологического заболевания, соблюдение цикличности проведения лекарственной противоопухолевой терапии) (подпункт 3); наличие соответствующих записей лечащего врача в медицинской документации о рекомендациях по применению методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в части оформления протоколов указанных консультаций/консилиумов и их учета в плане обследования и лечения (подпункт 4).

Согласно разъяснениям, данным в пункте 10 Обзора судебной практики по делам, связанным с применением законодательства об обязательном медицинском страховании, утвержденного Президиумом Верховного Суда Российской Федерации 27.11.2024, пункт 17 Порядка № 231н регламентирует действия, совершаемые при проведении медико-экономической экспертизы, и не может применяться или толковаться вне взаимосвязи с целями медико-экономической экспертизы, предусмотренными законом; значение имеет, установлено ли в результате оценки по критериям организации и проведения контроля, предусмотренных данной нормой, нарушение объема или сроков медицинской помощи, следовательно, допущенные медицинской организацией нарушения, за которые предусмотрена возможность применения к медицинской организации штрафа, не могут носить формальный характер, а должны быть связаны с неоказанием, несвоевременным оказанием либо оказанием медицинской помощи ненадлежащего качества.

В приложении № 1 к Порядку № 231н указан перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), который содержит раздел 2.16 «несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов», включающий в себя

пункт 2.16.3 «некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации».

В силу пунктов 1–3 части 4 статьи 32 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ) формами оказания медицинской помощи являются экстренная, неотложная и плановая.

К видам медицинской помощи относятся: 1) первичная медико-санитарная помощь; 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; 4) паллиативная медицинская помощь (часть 2 статьи 32 Закона № 323-ФЗ).

Формами оказания медицинской помощи являются: 1) экстренная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента; 2) неотложная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента; 3) плановая – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача (часть 4 статьи 21 Закона № 323-ФЗ, пункт 17 Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 № 796н; далее – Положение № 796н).

Согласно пункту 21 Положения № 796н выбор медицинской организации при оказании пациенту специализированной медицинской помощи в плановой форме за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает пациент, осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи» (далее – Порядок № 1342н).

В соответствии с пунктом 12 Порядка № 1342н выбор медицинской организации при оказании специализированной медицинской помощи в плановой форме осуществляется по направлению на оказание

специализированной медицинской помощи, выданному лечащим врачом выбранной гражданином медицинской организации, принявшей заявление.

Федеральный законодатель, принимая Законы № 323-ФЗ и № 326-ФЗ, стремился гарантировать каждому лицу, нуждающемуся в медицинской помощи, возможность получения такой помощи, но вместе с тем в установленном, а не произвольном порядке, с учетом соблюдения принципов осуществления ОМС, что, в свою очередь, должно гарантировать как максимальную своевременность и эффективность оказания медицинской помощи пациенту, так и учет публичных интересов, в том числе связанных с планированием, обеспечением и распределением финансирования в рамках деятельности Федерального фонда ОМС и его территориальных органов.

Таким образом, оплата оказанной Обществом плановой специализированной помощи за счет средств ОМС возможна только при наличии направления лечащего врача.

Суд кассационной инстанции полагает, что Общество оказало спорный объем соответствующей медицинской помощи при наличии направлений, которые были своевременно представлены Фонду вместе с медицинской документацией.

В этой связи суды первой и апелляционной инстанций обоснованно сослались на разъяснения, данные в совместном письме Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС от 01.02.2024 № 17-3/И/2-1642, № 00-10-30-4-06/1811 (далее – Письмо от 01.02.2024).

В Письме от 01.02.2024 разъяснено, что организация оказания онкологической помощи осуществляется на основании Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.02.2021 № 116н, в том числе определения тактики лечения пациента, установленного консилиумом врачей, включая выбор курса химиотерапевтического лечения согласно клиническим рекомендациям; согласно клиническим рекомендациям по лечению онкологических заболеваний циклом химиотерапии признается введение химиотерапевтического препарата в определенной дозе, режиме и методике введения, с учетом интервала между введениями, а курсом химиотерапии является совокупность циклов химиотерапии.

В Письме от 01.02.2024 указано, что направление, выданное в установленном порядке, необходимо считать действительным на протяжении одного клинического случая, включающего курс химиотерапии – последовательное неоднократное применение циклов химиотерапии.

Таким образом, Общество обоснованно оказывало медицинскую помощь при наличии первоначального выданного направления, выдача нового направления в отношении каждого из циклов химиотерапии в рамках одного курса не требуется.

Позиция Фонда о необходимости выдачи направления для каждой госпитализации в целях проведения очередного цикла химиотерапии в

рамках одного курса основана на неверном толковании правовых норм, судом кассационной инстанции отклоняется.

Принимая во внимание, что Общество оказало спорный объем медицинской помощи при наличии соответствующих направлений, суд кассационной инстанции поддерживает выводы судов первой и апелляционной инстанций о том, что Фонд отказал в выплате 2 198 325 руб. стоимости оказанной медицинской помощи по Договору по формальным основаниям, тем самым нарушив права Общества, которое оказало медицинскую помощь без нарушений сроков и ее объемов.

Суд кассационной инстанции соглашается с выводами судов первой и апелляционной инстанций о том, что

Довод Фонда о том, что Общество имеет право требовать взыскания спорной денежной суммы только при условии признания Заключения недействительным в судебном порядке, был рассмотрен судами первой и апелляционной инстанций и обоснованно отклонен с указанием того, что настоящая категория споров не предусматривает обязательный порядок признания результатов контроля недействительными перед реализацией права на защиту через присуждение к исполнению обязанности в натуре.

Суд кассационной инстанции соглашается с приведенной позицией судов, дополнительно отмечая, что в настоящем случае необходимо учитывать, что Общество основывает свои исковые требования на Договоре, при этом судебная практика, на которую ссылается Фонд в обоснование своей позиции, не может быть принята во внимание, поскольку настоящее дело имеет иные фактические обстоятельства.

На основании изложенного суд кассационной инстанции приходит к выводу о том, что обжалуемые судебные акты является законными и обоснованными.

Доводы кассационной жалобы были предметом оценки судов первой и апелляционной инстанций и обоснованно ими отклонены.

Иное толкование подателем жалобы действующего законодательства Российской Федерации и иная оценка им обстоятельств спора не свидетельствуют о неправильном применении судами норм права.

Поскольку нормы материального права, регулирующие спорные отношения, судами применены правильно, процессуальных нарушений не допущено, суд кассационной инстанции не находит оснований для отмены или изменения обжалуемых судебных актов и удовлетворения кассационной жалобы.

Руководствуясь статьями 286, 287, 289 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации, Арбитражный суд Северо-Западного округа

п о с т а н о в и л:

решение Арбитражного суда города Санкт-Петербурга и Ленинградской области от 31.01.2026 и постановление Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 09.04.2026 по делу № А56-47406/2025 оставить без изменения, а кассационную жалобу государственного учреждения

«Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга» – без удовлетворения.

Председательствующий А.А. Кустов

Судьи Е.А. Михайловская

В.К. Серова